

해직
STOP WORK

CSO/WORKER NAME	TELEPHONE NUMBER
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	DATE

제 1 항: 이 항을 기입한 후 해직한 직장에 가져가십시오.

본인은 본인의 고용주가 보건사회부(DSHS)에 필요한 이 양식을 작성할 수 있음을 서명으로 허용합니다.

서명	날짜	이름(정자로 기입)
회사명		
회사주소: 도로주소	시	주 우편번호

제 2 항: 이 항은 이 직원과 급여정보에 대해서 잘 아는 직원이 작성해야 합니다.

1. 직원이 마지막으로 일한 날짜: _____

2. 최종 급여(세금 공제 전 금액): \$ _____ 수령 날짜: _____

같은 달에 최종 급여로 또 받은 급여가 있으면 그 금액(세금 공제 전 금액)과 수령 날짜를 기입하십시오.

수령 금액(세금 공제 전)	수령 날짜
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____

3. 해직한 이유:

일거리가 없었음 임시직/계절직이었음 감원으로 인해 일시 해고되었음

휴직(예: 휴가 또는 출산 휴가). 휴직 중 급여: 유급 무급

유급일 경우 피고용인(직원)에게 지급하는 금액: \$ _____

복직 예상일: _____

기타 _____

4. 해당 직원이 해직수당을 받을 수 있습니까? 예 아니오

'예'일 경우: 언제 받게 될 것입니까? _____ 수령할 금액: \$ _____

5. 직원이 휴가와 병가를 환산해 지급 받을 수 있습니까? 예 아니오

'예'일 경우: 언제 받게 될 것입니까? _____ 수령할 금액: \$ _____

6. 직원이 퇴직금/연금/401K 기금을 회수해 갈 수 있습니까? 예 아니오

'예'일 경우: 언제 받게 될 것입니까? _____ 수령할 금액: \$ _____

당국이 연락해야 할 경우를 대비해 연락처를 알려주십시오.

서명	날짜	전화번호
이름(정자체로 기입)	직위/직책	

작성한 양식은 다음 팩스 번호로 DSHS 에 보내주십시오: 1-888-338-7410